

# Intervención en el panel Nuevo modelo de salud y condiciones para la práctica laboral. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 26 de abril de 2016<sup>1</sup>

Solángel García Ruiz<sup>2</sup>

Actualmente soy presidenta electa del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y trabajo con la Secretaría Distrital de Salud en la conformación del Centro de investigación y educación para la salud. Sin embargo, hoy no represento ni soy delegada de ninguna de estas entidades para realizar esta conferencia, la hago más bien desde la vida y las reflexiones de la misma.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional y a los profesores responsables de este seminario por la invitación y el honor que me hacen de compartir con ustedes algunas reflexiones en la tarde de hoy, a propósito de los cincuenta años de las luchas y las resistencias de los programas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Fonoaudiología en Colombia y en la Universidad Nacional; seguro que hay la intención de mirar hacia atrás con lo vivido y lo aprendido, lo dicho y lo callado, y con el deseo de mirar hacia adelante.

La invitación que me hacen, si entendí bien, es hacer una reflexión sobre los retos de los profesionales y, por supuesto, de las profesiones de “terapias” –entre comillas–, a partir del nuevo modelo de atención en salud.

Aunque pareciera sencilla la pregunta, la respuesta me ha dado muchas vueltas, entonces, algunas preguntas que me surgen son: ¿cuál es el nuevo modelo de atención en salud?, ¿qué contiene el nuevo modelo de atención?, ¿cuál es el rol y el papel de los profesionales de la rehabilitación en este sentido? y ¿cuál es nuestro futuro en este contexto?

El nuevo modelo de atención en salud, propuesto por el Ministerio de Salud de Colombia, está pensando para resolver las crisis del sistema de salud actual, las crisis relacionadas con el acceso, la equidad, la igualdad. Hace un tránsito de la contingencia al riesgo. Entender este nuevo modelo de

<sup>1</sup> Presentada por la autora el 26 de abril de 2016 en el Auditorio José María Lombana Barreneche de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá. El panel hizo parte del *Seminario Construcciones, luchas y resistencias en el campo de los estudios en rehabilitación*, realizado como parte de las actividades que, con motivo de los cincuenta años de existencia de los programas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Colombia, vienen realizando los tres programas curriculares.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educativo. Presidenta Consejo Directivo Nacional, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Centro Distrital de Educación e Investigaciones en Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá, Colombia. [solecita\\_co@yahoo.com](mailto:solecita_co@yahoo.com)

atención es entrar en el lenguaje del enfoque de gestión del riesgo, del aseguramiento y de un concepto de salud urbana intersectorial. Se espera que con su implementación la atención sea integral, entendida desde los determinantes sociales de la salud, con una articulación de la entidad territorial, las aseguradoras y las prestadoras, estas últimas organizadas en red. El centro de actuación es la persona en el lugar donde se encuentre, ya sea en las áreas rurales, urbanas o dispersas, y la prestación desde la atención primaria y la salud familiar, con enfoque diferencial y la perspectiva del cuidado.

Este es un modelo soportado en el riesgo, que propone una atención desde la promoción, la prevención, la atención, la rehabilitación y la paliación. Con un plan de intervenciones colectivas con acciones soportadas en un análisis de la situación de salud de carácter poblacional, un proceso de planeación en salud y una gestión territorial. Un plan de atención individual que incluye intervenciones específicas por riesgo, a través de procesos de caracterización de la población afiliada, gestión clínica y manejo de la enfermedad.

Este modelo incluye la caracterización de la población acorde con el Plan Decenal de Salud Pública, la regulación de rutas integrales de atención en salud, la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, la delimitación territorial, las redes integradas de servicios de salud, la redefinición del rol del asegurador, la redefinición del sistema de incentivos, los requerimientos y procesos del sistema de información, el fortalecimiento del

recurso humano en salud y el fortalecimiento de la investigación, la innovación y la apropiación del conocimiento.

Así, por ejemplo, las rutas estarán organizadas en grupos de riesgo, los cuales son dieciséis, entre los que se encuentran enfermedades cardíacas, cerebro-vasculares, metabólicas manifiestas, infecciones respiratorias y otras. Se asignan roles específicos para los prestadores primarios, los complementarios, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y el ente territorial. La red del prestador primario es una cascada desde la comunidad, el puesto de salud, el centro de salud y el hospital de baja y mediana complejidad, articulada con los prestadores complementarios de acuerdo con la especificidad que se requiera.

Con relación al fortalecimiento del recurso humano en salud se propone la formación a corto, mediano y largo plazo; la formación para la planeación y la gestión territorial en salud; la armonización del talento humano con el esquema de cuidado integral de la salud y de provisión de servicios, y los asuntos relacionados con la gestión, planificación y condiciones laborales.

Desde el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación para la salud se propone el establecimiento de la rectoría del sistema de salud, estrategia para garantizar su sostenibilidad financiera; la gestión eficiente de los recursos humanos en salud; el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes; mecanismos efectivos de transferencia de

conocimiento en políticas públicas; investigaciones en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud, y el fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública.

Luego de revisar los textos y los documentos se tiene la sensación de que los problemas de salud, o más bien de las enfermedades de los colombianos, quedan resueltas; sin embargo, estas transformaciones exigen de asuntos como suficientes capacidades instaladas, la articulación público - privada y la gobernanza, entre otros.

Son varias las reflexiones, retos y luchas que se avecinan con estas propuestas para las profesiones y los profesionales como nosotros:

1. Desde el punto de vista del fortalecimiento de las capacidades del talento humano y para dar respuesta a las necesidades de la población a partir de este modelo de atención, habría que preguntarse desde qué perspectiva se propone, por ejemplo, desde la educación para el trabajo, el significado de aprender a desarrollar guías y protocolos para la atención a las “enfermedades”, o en una perspectiva para la vida, que nutra los deseos y los intereses de quienes trabajan en la salud. Será que más bien seguimos nuestros instintos emancipadores y le damos camino a procesos de formación que nos permitan comprender los mundos de los sistemas de salud, los sistemas de información, las perspectivas de la seguridad social, los determinantes sociales, políticos, medio ambientales

y económicos, e ir construyendo conceptos de salud que se parezcan a la vida y las relaciones con los entornos. Desde esta perspectiva, no solo se trataría de aprender mejores técnicas o procedimientos para la atención de un grupo de enfermedades, sino de tener la capacidad de generar propuestas que incluyan los análisis de situación de los grupos poblacionales, las atenciones individuales o colectivas, el desarrollo de investigaciones, entre otros, y la posibilidad de nutrir, recrear estrategias como la rehabilitación basada en comunidad como una forma de hacer promoción de la salud y la calidad de vida de la población. Finalmente, se trata de la posibilidad de construirnos como sujetos políticos con capacidades de comprender y contribuir en las transformaciones de las realidades.

2. Con este modelo de atención existe el riesgo de perder las personas en el riesgo y en las enfermedades, pues el centro de atención realmente son las enfermedades, aunque el discurso esté puesto en las personas; esto termina siendo antropocéntrico, y realmente el centro debe estar en la vida, en cualquiera de sus expresiones. Así como influye el enfoque diferencial (con el cual no estoy de acuerdo, porque prefiero hablar de lo poblacional o lo interseccional), que tampoco se desarrolla y se pierde dentro de la enfermedad.
3. Por su parte, no se puede olvidar que uno de los principales asuntos del contexto se relaciona con el conflicto o postconflicto armado

colombiano, de ese que hablamos ahora, de ese que fue parte del silencio de muchas generaciones de colombianos, de ese que tenemos que estudiar, analizar, comprender. Creo que es compartido por todos el desear un futuro donde la confianza, la dignidad y el respeto hagan parte natural de la vida de todos quienes habitamos este país. Así que además de generar proyectos desde la salud mental o cualquier otra área es necesario incluir en los estudios, las historias del conflicto colombiano y su comprensión.

4. Es necesario construir o participar en la construcción de los análisis de situación de salud en Colombia, donde se invite a entender a las poblaciones también desde la ocupación, el movimiento y la comunicación humana; contribuir en la construcción del análisis de situación de la rehabilitación en Colombia. Lo anterior desde la construcción y el desarrollo de las redes de rehabilitación sectoriales e intersectoriales, públicas y privadas, con los prestadores primarios y complementarios. También debemos tener claro el número de profesionales por habitante, el que hay y el que se requiere, las áreas del país cubiertas y las áreas del país donde no hay profesionales dando respuestas a las necesidades y a las capacidades. Estoy segura de que se requiere un mayor número de profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población y a la presencia en todas las regiones del país.
5. La construcción de conocimiento y la apropiación social del mismo, alrededor del tema de la rehabilitación, implica claridades respecto a desde cuáles perspectivas se habla y se construye, y cuáles son las contribuciones que hacemos a la vida de las personas, a los programas, proyectos y políticas. De igual forma, es de considerar el debate respecto a las siguientes preguntas: ¿En qué formatos (artículos, libros, etc.) se está socializando el conocimiento?, ¿está dirigido este a la sociedad en general?, ¿a los profesionales?, ¿a los hacedores de políticas? Tenemos las responsabilidades con nuestras profesiones, pero sobre todo, tenemos las responsabilidades con la sociedad y con la vida de este país. Por ello, no solo se trata de la información, sino sobre todo de la comunicación.
6. Entonces, son grandes las responsabilidades con las nuevas generaciones, porque más allá del aprendizaje o enseñanza de las técnicas, es necesario nutrir la formación con las reflexiones filosóficas y epistemológicas del conocimiento, en una construcción de ciudadanos y sujetos políticos quienes contribuirán en el futuro en la comprensión de la situación de salud y en la construcción de respuestas acordes a las necesidades y capacidades de la población en cualquiera de sus contextos. Por ello, los currículos, las prácticas deben ampliar todos los espectros.
7. Desde el punto de vista de la inclusión de los profesionales de “terapias” en los distintos escenarios

de atención de los prestadores primarios, es necesario identificar claramente las terapias: Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Fonoaudiología; cada una con su identidad y su especificidad, cada una con sus liderazgos, cada una con sus aportes y contribuciones para el desarrollo de procesos, cada una en sus contribuciones desde áreas del conocimiento parecidas, pero distintas para la vida. Recientemente, en una reunión de construcción de las orientaciones para los servicios de rehabilitación en los distintos niveles de atención realizada con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de los puntos centrales fue la identificación de las competencias de cada una de las terapias dentro de los procesos de rehabilitación en los diferentes niveles de atención, con miras a construir los lineamientos para las Américas y haciendo especial énfasis en la participación en la promoción de la salud y la vida.

8. A su vez, es necesario tomar medidas y avanzar en el reconocimiento social y político de las profesiones. Mientras las personas con discapacidad (con quienes tradicionalmente hemos trabajado) han hecho parte de una lucha por el reconocimiento como sujetos de derecho en la que seguramente muchos de nosotros hemos participado, no ha sucedido lo mismo con nosotros, los profesionales, quienes seguimos siendo actores de la caridad, manifiesta en las condiciones laborales y en los bajos reconocimientos económicos de nuestra labor.

9. Por otra parte, la participación de los profesionales no debe ser solo en la prestación de los servicios en los distintos escenarios de atención, sino en los distintos procesos (prestación de servicios, administración de servicios, liderazgo y gestión de procesos, investigación, capacitación, entre otros) y con los distintos actores (prestadores, entidades aseguradoras de planes de beneficios y entidades territoriales de los órdenes nacional, departamental y local o municipal). Recientemente, algunos de los terapeutas ocupacionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con acompañamiento del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, hemos estado trabajando en la inclusión del perfil profesional de la Terapia Ocupacional en distintos cargos y niveles de la planta de personal, con el ánimo que en el futuro los colegas tengan la posibilidad de aplicar o ser designados en subsecretarías, direcciones, subdirecciones o cargos de alto rango. Sin embargo, más allá de esta abogacía, se requiere que los documentos de la práctica de la profesión (leyes, documentos de competencias, lineamientos, entre otros) estén armonizados; por ejemplo, que la definición de la profesión en la Ley sea lo suficientemente amplia, de manera que dé la posibilidad a los profesionales de desempeñarse en distintas áreas; que las competencias y los grupos en los que estamos insertos en los documentos de talento humano, donde aparecemos en el grupo de terapias, permita a los profesionales el desempeño en

áreas distintas. Entonces, el trabajo es mayor, porque significa que todos los documentos e instrumentos que soportan nuestro actuar profesional deben estar pensados en el futuro, no en el pasado o en el presente; deben tener las prospectivas y las proyecciones del mundo de la vida de los sujetos en este país, de tal manera que siempre exista la posibilidad de aportes desde nuestro conocimiento al desarrollo del mismo.

Finalmente, las luchas y los retos continúan; tenemos todo un futuro por construir y el conocimiento y la com-

prensión de la vida que hacemos es fundamental para el devenir de este país.

Muchas Gracias.

### Referencias

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015. Ley estatutaria de Salud*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Integral de Atención en Salud – PAIS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>